

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**“ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA
CARDIACA CONGESTIVA QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2016.”**

**Tesis previa a la obtención del
título de Licenciada en
Enfermería.**

AUTORA:

GLADYS ROCÍO TORRES INGA

DIRECTORA

LCDA. AYDEE NARCISA ANGULO ROSERO

ASESORA

LCDA. DOLORES AMPARITO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ.

CUENCA – ECUADOR

2016



RESUMEN

Antecedentes: Las personas con Insuficiencia Cardíaca Congestiva al modificar sus estilos de vida como la alimentación, actividad física, adhesión al tratamiento médico podrían tener una regresión de las complicaciones vinculadas con esta enfermedad (1); los pacientes por lo general no poseen buenos estilos de vida por ejemplo un estudio en España (2) demostró que el 30% no han considerado mejorar sus estilos de vida.

Objetivo: Determinar los estilos de vida de las personas con Insuficiencia Cardíaca Congestiva que acuden a Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca enero-junio 2016.

Metodología: Estudio descriptivo, la información fue recolectada de la totalidad de pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva que acudieron a Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, se usó un formulario de recolección de la información en el cual se incluyó datos demográficos, nutricionales, de actividad física, adherencia al tratamiento y consumo de tabaco. Los datos se analizaron en SPSS versión 15.

Resultados: El 47,1% de los pacientes tuvieron más de 60 años, siendo el 55,9% de los casos varones; en los hábitos alimenticios el consumo de grasas es elevado y el de frutas y verduras no superó el 40%; la frecuencia de inactividad física fue de 26,5% y los efectos adversos y el desconocimiento fomentaron la falta de adherencia al tratamiento, el tabaquismo fue de 23,5%.

Conclusiones: Los pacientes poseen hábitos de vida variables, existe población con consumo inadecuado de alimentos, sedentarismo, consumo de tabaco y no adherencia al tratamiento lo que condiciona su evolución y puede generar complicaciones.

Palabras clave: ESTILOS DE VIDA, INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA, ALIMENTACIÓN ACTIVIDAD FÍSICA, RIESGO, TABACO, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.



ABSTRACT

Background: By modify their lifestyles such as diet, physical activity, adherence to medical treatment, people with Congestive Heart Failure (CHF) could have a regression of complications associated with this disease (1); Patients usually do not have good lifestyles for example a study in Spain (2) showed that 30% have not considered changing or improving their lifestyles.

Objective: To determine the lifestyles of people with Congestive Heart Failure attending the outpatient department of Vicente Corral Moscoso Hospital, Cuenca January-June 2016.

Methodology: Descriptive study, information was collected from all patients with Congestive Heart Failure attending the outpatient department of Vicente Corral Moscoso Hospital, a form was used to gather information which included; demographic, nutritional, physical activity, adherence to treatment and cigarette consumption. Data was analyzed on version 15 of SPSS program.

Results: 47.1% of patients had more than 60 years of age, male being 55.9% of the cases; in eating habits, fat intake is high and fruit and vegetables did not exceed 40%; the frequency of physical inactivity was 26.5% and adverse effects and ignorance fomented the lack of adherence to the treatment, smoking was 23.5%.

Conclusions: Patients with Congestive Heart Failure have variable life habits, there is population with inadequate food intake, physical inactivity, cigarette consumption and non-adherence to treatment which determines its evolution and can lead to complications.

Key Words: LIFE STYLES, CONGESTIVE HEART FAILURE, FEEDING, PHYSICAL ACTIVITY, RISK, CIGARETTE, ADHERENCE TO TREATMENT.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS	4
AGRADECIMIENTO	8
DEDICATORIA	9
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1 Estilos de vida	15
2.2 Insuficiencia cardiaca congestiva	16
2.2.5 Cuidados generales	18
2.3 Estilos de vida en los pacientes con Insuficiencia Cardiaca Congestiva (ICC)	19
2.4 La alimentación en pacientes con Insuficiencia Cardiaca Congestiva	20
2.5 Actividad física en pacientes con Insuficiencia Cardiaca Congestiva	22
2.6 La adhesión al tratamiento	24
2.7 Consumo de tabaco en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva	26
CAPÍTULO III	27
3. OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo general	27
3.2 Objetivos específicos	27
CAPÍTULO IV	28
4. DISEÑO METODOLÓGICO	28
4. DISEÑO METODOLÓGICO	28
4.1 Tipo de estudio	28
4.2 Área de Estudio	28
4.3 Universo	28
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	28



4.5 Variables	28
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos	31
4.7 Procedimientos	32
4.8 Plan de tabulación y análisis	32
4.9 Aspectos éticos	32
CAPÍTULO V	33
5. RESULTADOS	33
5.1 Cumplimiento del estudio	33
5.2 Presentación de resultados	33
CAPÍTULO VI	47
6. DISCUSIÓN	47
CAPÍTULO VII	52
7. CONCLUSIONES	52
7.2 Recomendaciones	53
CAPÍTULO VIII	54
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
CAPÍTULO IX	60
9. ANEXOS	60

**DERECHOS DE AUTOR:**

Yo, Gladys Rocío Torres Inga autora del proyecto de investigación titulada: “ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2016”; voluntariamente acepto y a su vez reconozco que la Universidad de Cuenca posee el derecho de “publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este un requisito para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería, basándose en el Art. 5 Literal c. Dejo también constancia que el uso que la Universidad de Cuenca hiciere del presente trabajo de tesis no implicará violación a mis derechos patrimoniales o morales como autora.

Cuenca, 17 de Septiembre del 2016.



Gladys Rocío Torres Inga.
CI.0105392773.



RESPONSABILIDAD

Yo, Gladys Rocío Torres Inga autora del proyecto de investigación titulada: “ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2016”; certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 17 de Septiembre del 2016.

Gladys Rocío Torres Inga.
CI.0105392773.



AGRADECIMIENTO

Deseo agradecer a mi Directora y Asesora que con sus consejos y apoyo lograron que pueda culminar este trabajo de investigación.

Finalmente quiero agradecer a todas aquellas personas que de una u otra manera aportaron con sus opiniones para la culminación de mi tesis.

Gladys



DEDICATORIA

A mi madre.

Por haberme apoyado incondicionalmente en la realización de mis metas y sueños.

A mi familia un pilar fundamental en todo lo que realizo tanto profesionalmente como en mi vida, por su infinito amor real.

A mi hijo motivo principal que con su amor y comprensión permitió que culmine mi carrera.

Gladys



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (3) menciona que los estilos de vida saludables forman parte de un complejo y adecuado sistema para conservar la salud, por lo que la promoción y la evaluación de estos estilos son herramientas de vital importancia en la lucha contra el avance de enfermedades crónicas, siendo la insuficiencia cardíaca una de ellas; por lo que las acciones de prevención cobran importancia desde el nivel individual, familiar y en la sociedad misma, compartiendo con las entidades de salud la responsabilidad de promover buenos estilos de vida.

Los estilos de vida saludables no solamente deben ser adoptados ante la presentación de una patología crónica, como en este caso la insuficiencia cardíaca congestiva, sino que deberían aplicarse en todo el ciclo de la vida, con la finalidad de conservar la salud y disminuir la probabilidad de discapacidad (4) (5).

A nivel de nuestro país, según datos del INEC (6) en su anuario del año 2013, se registraron un total de 1716 muertes por Insuficiencia Cardíaca, de las cuales 866 fueron de sexo masculino y 850 de sexo femenino; con predominio de los pacientes de más de 60 años; como se puede observar esta patología es frecuente en nuestro medio.

En Cuenca, en un estudio llevado a cabo por Cabrera (7) en el Hospital Mariano Estrella en pacientes con Hipertensión Arterial (HTA) encontró que el 55,5% de la población en estudio presentó ICC siendo las mujeres las más afectadas con el 29,62%; otro estudio en el año 2011 realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso por Rodas (8) encontró 61 casos de ICC en los cuales se observó un porcentaje de sedentarismo del 93,4% que en conjunto con la HTA fueron los factores de riesgo más importantes.

La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) se asocia con la edad en la mayoría de los casos, y también pueden existir concomitantemente otras enfermedades como es el caso de la Hipertensión Arterial (HTA); según Ribera y Martín que la frecuencia de ICC es de 0,9% en pacientes de 55-64 años y 17% en pacientes



de más de 85 años, la incidencia es de 1,4/1000 en el grupo de edad de 55-59 años (9)

La población con ICC ya posee comorbilidades y por ende situaciones de riesgo en las cuales es imprescindible una evaluación temprana de sus estilos de vida para gestionar intervenciones en salud, un ejemplo claro es el citado por Cano de la Cuerda y colaboradores (10) indica que la actividad física en pacientes cardíacos representa un menor riesgo cardiovascular (presión arterial y lípidos sanguíneos), además de disminuir la muerte prematura y discapacidad.

Basándonos en lo que se ha mencionado y resaltando los estilos de vida como parte del tratamiento integral de los pacientes con ICC se plantea este estudio en los pacientes de Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, para conocer su situación actual y de esta manera poder entregar a la institución de salud y a los mismos pacientes datos sobre su realidad.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estilos de vida adquiridos durante el ciclo vital condicionan las situaciones de salud, también pueden agravar las enfermedades ya existentes, es decir por un lado condicionan o aumentan el riesgo de patología cardíaca como la insuficiencia cardíaca congestiva, también pueden descompensar enfermedades como resultado final la mortalidad es más precoz. según lo manifiesta Rondanelly y Rondanelli (11) en un estudio del 2014.

Dentro de los estilos de vida que se deben modificar se hallan el consumo de alcohol o tabaco, la dieta y la actividad física que deberían formar parte del día a día de toda la población con modificaciones específicas para los pacientes con ICC; según un estudio realizado en España (2), un 30% no ha considerado cambiar su estilo de vida, a lo que los autores de este trabajo concluyen: *“la modificación de los hábitos para lograr un estilo de vida saludable influiría directamente en su cantidad y calidad de vida”*.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte a nivel mundial, incluida obviamente la ICC; y los estilos de vida saludables parecen ser una alternativa barata e inocua de la reducción de complicaciones y muerte para ésta patología (12).

El Instituto del Corazón de Texas (EEUU) (13) considera importante el abordaje en los pacientes con ICC de los estilos de vida, como la dieta, el consumo de tabaco y la actividad física; condicionan una calidad de vida y un pronóstico en los pacientes afectados con ésta patología.

Ante lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los estilos de vida en pacientes con ICC que acuden a la Consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCN) en relación a los hábitos alimenticios, actividad física, adherencia al tratamiento y consumo de tabaco?



1.3 JUSTIFICACIÓN

La investigación se justifica desde la perspectiva de la clínica pues los pacientes afectados con ICC poseen mayor riesgo de complicaciones y muerte, este riesgo se ve influenciado directamente por acciones de tratamiento y prevención; en el tratamiento los protocolos de manejo dejan poco margen para la intervención; sin embargo en la prevención es donde los estilos de vida saludables juegan un papel importante, de esta manera este estudio describirá los estilos de vida para poder comprender de mejor manera a estos pacientes con ICC en su contexto nutricional y de salud.

Es importante destacar que la práctica de los estilos de vida saludables contribuyen a mejorar la calidad de vida, principalmente de los pacientes con ICC (12), también se ha evidenciado mejor pronóstico en pacientes con mejores estilos de vida (13); Achury y colaboradores (14) demuestra que un adecuado manejo de los estilos de vida ajustados a la enfermedad y sus cuidados disminuye el riesgo de muerte prematura y complicaciones, González y Pedrero (15) en sus estudios coinciden en que los estilos de vida en especial la actividad física determinan beneficios a largo plazo para los pacientes con ICC pues reduce el riesgo de complicaciones y aumenta la sobrevida (16) (17).

Estudios de Rujinsky (17), Bonilla y colaboradores (18) y Hernández y Patiño (19) coinciden en que tras una valoración inicial, se debe emprender acciones para que los pacientes con ICC posean una buena alimentación (alimentación adecuada y ajustada) de esta manera la evolución es positiva y se reduce el progreso de la ICC con importantes implicaciones en la mortalidad ajustada a 12 meses, que es menor en la población con mejor alimentación.

La metodología científica que se usó en este estudio es la observación, mediante un diseño de estudios transversal pues lo que se buscó es evaluar una población dada (pacientes con ICC en un periodo de tiempo), la visión establecida mediante esta metodología científica se justifica pues se evidencian los estilos de vida de los pacientes en un momento dado, recordando que estos estilos de vida son procesos ya establecidos durante la vida y que en cierta medida son modificables.



Desde el punto de vista epidemiológico, se justifica pues se aborda una patología que es frecuente en nuestra población y cuyos determinantes en cuestiones de prevención son importantes para el cuidado la ICC.

Las repercusiones del estudio son varias y se encuadran dentro de los resultados encontrados, principalmente se derivan de la cultura de prevención de complicaciones en los pacientes que poseen estilos de vida inadecuados o malsanos, al determinar estos estilos de vida se puede inducir en la autonomía de los pacientes los cambios respectivos, por lo que la provisión de insumos estadísticos que generen cambios en los estilos de vida es la principal repercusión de este estudio.

Los beneficiarios de este estudio son directamente los pacientes con ICC, pues una detección de estilos de vida no saludables de manera temprana permitirá realizar acciones destinadas a mejorar su salud, de esta manera la institución de salud también se beneficia ante un paciente que probablemente tendrá menos complicaciones, por lo tanto los gastos en salud disminuyen. Se beneficia la comunidad en general, al conocer los estilos de vida inadecuados se puede sensibilizar a la población sobre la necesidad de adoptar mejores estilos para cuidar su salud.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Estilos de vida

Según la Organización Panamericana de la Salud los estilos de vida son comportamientos específicos que mejoran o crean riesgos para la salud de los individuos, este comportamiento humano debe ser considerado cuando se analizan los procesos salud-enfermedad, conjuntamente con la biología, el ambiente y las prestaciones de salud de los estados; que en conjunto determinan una población sana o en proceso hacia la enfermedad (20).

En la teoría de los determinantes de la salud, los estilos de vida y las conductas en salud poseen un importante impacto, considerando conductas como el consumo de drogas, alcohol, alimentación inadecuada y la utilización de servicios socio sanitarios inadecuados aumentan el riesgo de enfermarse, por otro lado se recalca que la particularidad de los estilos de vida es que son factores que el paciente los adopta libre y voluntariamente y en los cuales se podría implementar intervenciones (21).

Guerrero y León mencionan que en los últimos años se ha impulsado el estudio de los estilos de vida como componente de la salud, esto se puede evidenciar en el aumento de las publicaciones de estas investigaciones, se ha logrado determinar que la relación entre los estilos de vida y la salud es directa con una interrelación constante con el ambiente e incluso se ha introducido el campo educacional en este debate, por lo tanto se espera que se aumenten las poblaciones en las cuales se pueda estudiar los estilos de vida (22).

Vidal y colaboradores consideran que los estilos de vida así como el acceso a los sistemas de salud son factores que se pueden modificar, a diferencia de la genética de los pacientes que es imposible, también mencionan que dentro de los determinantes sociales de la salud el componente más complejo y desafiante es el estudio de los estilos de vida, pues éstos en cierta medida dependen no solamente de las decisiones de los pacientes sino también de las condiciones sociales, económicas, culturales, etc. Lo amplía la cadena causal de la enfermedad (23).



2.2 Insuficiencia cardiaca congestiva

2.2.1 Definición

Patología en la cual la función cardiaca no se establece en su totalidad, de tal manera que la circulación sanguínea se ve limitada (24), también se la puede definir como un síndrome clínico caracterizado por síntomas específicos como disnea y fatiga en la historia clínica y signos como edema o estertores en la exploración física (25).

2.2.2 Manifestaciones clínicas

En la guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (26) se establecen los siguientes signos y síntomas:

- Edema/congestión periféricos
- Falta de aire, fatiga, cansancio, anorexia
- Edema periférico, elevación de la presión yugular venosa, edema pulmonar, hepatomegalia, ascitis, sobrecarga de fluidos (congestión), caquexia.
- Edema pulmonar
- Falta de aire grave en reposo.
- Crepitantes o estertores pulmonares, derrame; taquicardia, taquipnea
- Shock cardiogénico.
- Confusión, debilidad, miembros.
- Mala perfusión periférica, presión sistólica (síndromes de bajo gasto) periféricos fríos.
- < 90 mmHg; anuria u oliguria.
- Presión arterial elevada (insuficiencia cardiaca hipertensiva)
- Falta de aire.
- Normalmente, presión arterial elevada, hipertrofia ventricular izquierda y fracción de eyección conservada.
- Insuficiencia cardiaca derecha
- Falta de aire, fatiga.
- Evidencia de disfunción ventricular derecha; presión yugular venosa elevada, edema periférico, hepatomegalia, congestión intestinal.



2.2.3 Epidemiología

Sayago y colaboradores en un estudio de 20 años en España determinaron que la prevalencia de ICC en los Estados Unidos y en Europa ronda el 2%; sin embargo las cifras con variables y en España es del 5% con un 3% del total de las muertes en el sexo masculino y del 10% en las mujeres (27).

Por otro lado epidemiológicamente debe considerarse que esta es la única enfermedad cardíaca cuya incidencia es mayor en el mundo occidental, con una mortalidad que depende de la gravedad por ejemplo 50% en los pacientes con ICC clase NYHA IV, con una incidencia de 10/1000 personas mayores de 65 años (28).

Otra publicación en México establece la incidencia en 1% a 1,5% lo que conllevaría un total de 400000 pacientes que padecen algún grado de ICC, sin embargo esta prevalencia aumenta 8 veces al menos en los pacientes de 65 años o más con un riesgo de muerte de 5% a 10% anual con ICC leve y de 30%-40% en pacientes con ICC grave, por último es la principal causa de reinternación en pacientes de más de 65 años (29).

En Argentina en el año 2016 se llegó a un consenso sobre ICC, en lo que respecta a la epidemiología de esta enfermedad se menciona que la prevalencia varía entre 1% a un 1,5%, lo que es menor a la reportada en otros países donde puede llegar de entre 2% a un 6%, la edad promedio de presentación de la enfermedad es de 67,6 años con una importante predilección por el sexo femenino del 39% (30).

2.2.4 Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva son (24):

- Ataques cardíacos previos
- Enfermedad arterial coronaria
- Presión arterial alta (hipertensión)
- Latidos irregulares (arritmia)
- Enfermedad valvular cardíaca (especialmente en las válvulas aórtica y mitral)



- Cardiomiopatía (enfermedad del músculo cardíaco)
- Defectos cardíacos congénitos (defectos de nacimiento)
- Abuso de alcohol y drogas
- Hemocromatosis (acumulación peligrosa de hierro en el organismo)

Farmakis y colaboradores en un estudio en el año 2015 determinaron que los factores de riesgo y desencadenantes son (31):

CARDIOVASCULAR	NO CARDIOVASCULAR	RELACIONADA CON EL PACIENTE O IATROGENIA
<ul style="list-style-type: none"> • Síndromes coronarios agudos. • Taquicardias (p. ej., fibrilación auricular). • Bradicardias (p. ej., bloqueo auriculoventricular de tercer grado). • Hipertensión no controlada o crisis hipertensiva. • Miocarditis. • Embolia pulmonar aguda. • Insuficiencia valvular aguda (p. ej., endocarditis, infarto de miocardio). • Disección aortica. • Taponamiento cardíaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones y estados febriles. • Exacerbación de la EPOC o asma. • Disfunción renal. • Anemia. • Hipertiroidismo. • Hipotiroidismo. • Ejercicio extenuante. • Tensión emocional. • Embarazo (Miocardiopatía periparto). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mal cumplimiento de la medicación. • Aumento de consumo de sal o líquidos. • Cirugía. • Fármacos (p. ej., AINE, tiazolidinedionas) • Abuso de alcohol.

2.2.5 Cuidados generales

Los cuidados del paciente con ICC son variados, también depende de la clase en el cual se encuentre el paciente, por lo general los pacientes deben regirse a un tipo de dieta que permita no sobrecargar el sistema circulatorio, específicamente en los casos en los cuales el paciente requiere ingreso hospitalario las tareas de enfermería incluyen:

- Atender la esfera psicológica del paciente y su familia.
- Fisioterapia respiratoria.
- Examen físico recurrente.
- Mantener vía aérea permeable.
- Monitorización de signos vitales.
- Valorar cambios respiratorios.



- Registrar balance hidroelectrolítico.
- Evitar sedación extrema.
- Buena alimentación.
- Aseo de cavidades.
- Cumplimiento estricto de la terapia medicamentosa.

La educación para la salud también es relevante, y una de las finalidades en los cuidados de enfermería es la modificación de los estilos de vida saludables, especialmente en la reducción del riesgo como el consumo de alcohol y el fortalecimiento de una dieta adecuada (32).

2.3 Estilos de vida en los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC)

La práctica saludable de los estilos de vida en los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva son vitales para no presentar complicaciones y muerte prematura, éstos son definidos como *“una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales, individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socio económicas y ambientales”* (11).

Basándonos en esta definición, es evidente que el paciente con Insuficiencia Cardíaca Congestiva posee un amplio margen de estilos de vida, además sería complicado para el prestador de salud poder abarcar en un solo grupo a todos los pacientes pues como se ha revisado dependen de muchos factores; sin embargo es importante determinar estos estilos, caso contrario el paciente seguirá en su círculo vicioso, como menciona Achury y colaboradores (14) se debe detectar tempranamente cambios que se producen en las dimensiones físicas, social y emocional para fomentar el autocuidado de los pacientes, para un adecuado control y cambios en los estilos de vida que, de no ser modificados, conducirían al paciente a enfrentarse a potenciales complicaciones letales.

González y Pedrero (15) en el año 2013, mencionan que en pacientes con ICC la modificación de los estilos de vida son una de las intervenciones más importantes y que tienen mayor efecto sobre la calidad de vida, dentro de estas intervenciones se halla la actividad física, por ejemplo Gary y colaboradores (16)



en su estudio, indican que utilizaron la caminata 3 veces por semana durante 12 semanas, monitorizada por tolerancia, síntomas y signos (disnea, fatiga, frecuencia cardíaca), los pacientes podían incrementar el tiempo de actividad de 5 min de acuerdo a la tolerancia física con un máximo de 1 hora.

A continuación se van explicando los componentes de los estilos de vida saludable como es la alimentación y la actividad física; la influencia del tabaquismo y la adherencia al tratamiento en relación a la insuficiencia cardíaca congestiva.

2.4 La alimentación en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Rujinsky (17) menciona que existe una estrecha relación entre la ICC y la nutrición adecuada para la reducción de complicaciones y una calidad de vida buena; además nos brinda una premisa que hace referencia a que es indiscutible el aporte de la alimentación como base del tratamiento de la ICC, contribuyendo directamente en la evolución positiva

Bonilla y colaboradores (18) establecieron que el estado nutricional (basándose en las cualidades de la alimentación) es un indicador de mantenimiento de una ICC compensada; en su estudio determinaron que el 13% de los pacientes con ICC presentaron desnutrición, 59,6% presentó indicadores que mostraron riesgo de desnutrición; únicamente un 27,4% de pacientes estado nutricional normal, esta situación posee implicaciones en la mortalidad a 1 año en los pacientes clasificados como desnutridos, fue del 56%, en comparación con el 23,5% de los clasificados como pacientes con riesgo de desnutrición y el 11,3% de los pacientes con un estado nutricional adecuado.

Hernández y Patiño (19) en Colombia citan a Lemon y colaboradores, encontraron que con una muestra de 547 pacientes con falla cardíaca, los cuales auto-reportaron su ingesta alimentaria durante 24 horas. Las bajas tasas de adherencia en la ingesta de sodio, calcio, magnesio, potasio, ácidos grasos saturados y fibra pusieron en evidencia la pobre educación nutricional de éstos y la necesidad imperiosa de una intervención encaminada a mejorar los hábitos alimentarios.



Hatzlhofer y colaboradores (33) en un estudio en Brasil encontraron que en el 38,4% de los pacientes (asociación con sexo masculino; $p < 0,0001$) se presentó depleción o riesgo de depleción de las reservas musculares. En el 69,6% de los casos, la ingesta promedio de energía fue menor que las necesidades energéticas ($p < 0,0001$). Entre los micronutrientes analizados, magnesio, zinc, hierro y tiamina tuvieron una importante prevalencia de ingesta inadecuada, y la mayoría de los pacientes tuvo ingesta de calcio y potasio por debajo y de sodio por encima de la adecuada.

Hatzlhofer y colaboradores (33) también mencionan en su artículo que no existe una recomendación dada para la valoración de micro y macronutrientes en pacientes con ICC; lo que dificulta la valoración nutricional, sin embargo se opta en ocasiones por comparar con los requerimientos de un adulto, aunque puede no ser lo adecuado.

Carchi (34) en el año 2013, menciona que el principal objetivo de un adecuado manejo dietético en los pacientes con ICC es que el paciente no deje de comer, para lo cual el paciente o el personal de salud no debería incluir un cambio drástico en la alimentación pues se podría generar un rechazo; siendo la dieta variada y equilibrada, con la incorporación de alimentos paulatinamente mediante la mezcla progresiva con la dieta habitual y que se ofrece en cantidades pequeñas pero repetidas durante el día.

Ruiz y colaboradores (35) en un estudio en el año 2013 en España, encontraron que no se encontró relación estadísticamente significativa entre la proporción de ingesta de nutrientes y el IMC lo que indica que probablemente la ingesta alimentaria no es el factor más importante en el estado nutricional de los pacientes, sino que éste estado nutricional se basa en otras variables como el estadio de la insuficiencia cardíaca.

Bover y colaboradores (36) estiman las siguientes recomendaciones para pacientes con ICC:

1. Restricción de sal.
2. Tener cuidado con los sustitutivos de sal.



3. Ingesta de líquidos (agua) según requerimientos del paciente, no existe una cantidad estándar.
4. Disminuir o eliminar el consumo de alcohol.
5. Perder peso.
6. Los demás componentes como los hidratos de carbono, grasas y proteínas no deberían alejarse de una dieta normal.

2.5 Actividad física en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Fletcher y colaboradores (37) mencionan que adicional a un tratamiento tradicional y avanzado, la actividad física y la actividad física son terapias bien organizadas para la insuficiencia cardíaca, además se ha demostrado que mejoran la función cardíaca, la calidad de vida y reducen los síntomas relacionados con la ICC.

La actividad física en pacientes con ICC se prescribe en el 70% a un 80% de la frecuencia cardíaca lograda en el test de actividad, con una recomendación a estos pacientes de la realización de actividad de 30 minutos o más por 5 o más días a la semana, este período de tiempo puede ser dividido en intervalos más cortos, se menciona que gracias a la actividad física la mortalidad en pacientes con ICC se redujo en un 11% (37).

De la Serna (38) menciona que en los últimos años es totalmente aceptada la actividad física como una de las formas de tratamiento en pacientes con ICC, cambiando la recomendación anterior: reposo; este cambio en el abordaje de la visión se ha logrado gracias a que se ha demostrado fehacientemente los beneficios de esta actividad:

1. Aumenta la capacidad aeróbica.
2. Aumenta la capacidad vasodilatadora.
3. Reversión de anormalidades metabólicas musculares.
4. Modifica favorablemente los factores de riesgo de obesidad, hipercolesterolemia y la HTA.
5. Mejorías en la función ventricular.
6. Revierte la remodelación ventricular.
7. Aumenta la supervivencia en un 37%.



Por lo que siempre la actividad física debe ser incluida y valorada en los pacientes con ICC.

Márquez y colaboradores (39) en Colombia citan que la actividad física juega un papel importante en cualquiera de los 4 estadios clínicos de la ICC; en su prevención y tratamiento farmacológico, control, pronóstico y rehabilitación siempre y cuando se lo realice y se prescriba de la manera adecuada.

La actividad física, tanto aeróbico- continuo o intermitente-, como de fuerza, produce adaptaciones periféricas significativas e importantes cambios hemodinámicos centrales que contribuyen a detener el desarrollo de ICC, y tiene beneficios sobre la patogénesis, y en síntomas específicos, "fitness" aeróbico (tolerancia a la actividad física), fuerza muscular y calidad de vida de los pacientes, y puede tener impacto benéfico en los resultados clínicos (nivel de evidencia A) (39).

Almada y colaboradores (40) realizaron un estudio con 60 pacientes con ICC, a los cuales aplicaron un programa de rehabilitación, encontrando la disminución en la frecuencia cardíaca basal de 10 lpm y de 10 mm/hg y 5 mm/hg en cifras de presión arterial sistólica y diastólica, respectivamente. El grupo activo mejoró la capacidad de esfuerzo medida en equivalentes metabólicos ($7,6 \pm 2$ frente a $5,8 \pm 2$; $p < 0,01$) y la clase funcional en el 100 % frente al 33%; $p < 0,05$, sin mostrar diferencias significativas en el tiempo de actividad física. En los pacientes rehabilitados la fracción de eyección del ventrículo izquierdo se incrementó en el 5%.

Echevarría y colaboradores (41) en su artículo en Fistera, recomiendan para pacientes con ICC lo siguiente (en referencia a la actividad física):

1. Iniciar a realizar actividad física de forma gradual.
2. La frecuencia puede iniciar con 15 minutos por 3 días a la semana, estableciendo días fijos y a partir de esta frecuencia ir en aumento progresivo.
3. Debe ser constante.
4. Llevar en lo posible un registro de la actividad física.



5. No realizar actividades físicas que obliguen a movimientos bruscos o que demanden esfuerzo como los deportes de competición.

2.6 La adhesión al tratamiento

Conthe y Tejerina (42) mencionan que la adhesión al tratamiento es *“el grado de seguimiento por parte del paciente de una serie de instrucciones médicas que incluyen, además de un tratamiento farmacológico, algunas medidas generales que, en el caso de la IC, comprenden una dieta hiposalina, la abstención de hábitos tóxicos, indicaciones sobre ejercicio físico y autocontrol de peso, entre otras, las cuales son tan importantes como el tratamiento farmacológico”*.

Además citan que los tratamientos farmacológicos presentan importantes porcentajes de mala adhesión, y cerca del 50% de los pacientes presenta problemas para el seguimiento del tratamiento prescrito. Esta falta de adhesión al tratamiento farmacológico conlleva un aumento en las rehospitalizaciones, con el consiguiente incremento del gasto sanitario en estos pacientes y la mayor morbimortalidad (42).

Rojas y colaboradores (43) en un artículo publicado en España en el año 2014, encontraron que el 80.12% (n=129; IC 95% 73.11 - 85.98%) de los pacientes se encuentran frecuentemente adheridos al tratamiento farmacológico y no farmacológico, el cumplimiento al tratamiento farmacológico con el test de Morisky-Green fue de 53.42% (n=86; IC 95% 45.39 - 61.3%); concluyendo que los pacientes demuestran adhesión a los siguientes componentes:

- Confianza en el médico que le trata.
- Información sobre la posibilidad de acceso a sistemas de salud.
- Aceptación del diagnóstico de su patología.
- Conocimientos adecuados de la dieta que debe consumir.
- Realizar actividad física diariamente según la recomendación por los profesionales que tratan el paciente.
- Estado de ánimo apropiado.

Mientras que la falta de adhesión al tratamiento se identificó en los siguientes componentes:



- Nivel de conocimiento farmacológico.
- Reconocimiento de síntomas y signos de la enfermedad.
- Búsqueda de refuerzos externos para cumplir con el tratamiento.
- Mantener el estado nutricional sin modificaciones.

García (44) menciona que el tratamiento es indispensable para un desarrollo de la enfermedad, evitando complicaciones y disminuyendo la mortalidad de los pacientes con ICC, sin embargo se ha identificado que únicamente un 20% al 60% de los pacientes afectados cumplen con el tratamiento farmacológico y no farmacológico que se le ha prescrito; lo que indica que no en todos los casos el tratamiento se cumple.

Achury y colaboradores (45) mencionan que la repercusión de la poca adherencia terapéutica crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica que fue cerca de un 54% en el 2001 y que será de un 65% para el 2020 en todo el mundo, en países desarrollados muestran que la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50%, y resulta mucho menor en los países en desarrollo.

Para la valoración de la actividad física en este trabajo se usó un formulario validado por Godard y colaboradores (46); este cuestionario permite evaluar diferentes momentos del día y las actividades que demandan actividad física, como:

1. Tiempo de actividades o de permanencia acostado.
2. Tiempo de permanencia sentado.
3. Intensidad de actividades como caminar.
4. Realización de actividades recreativas al aire libre.
5. Actividad física programada.

Con base en el cálculo de estas dimensiones se procede a un acercamiento integral a la clasificación en sedentario y paciente con actividad física, estableciéndose un punto de corte de puntaje en 5 puntos.



2.7 Consumo de tabaco en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva

El consumo de tabaco se ha relacionado con la presentación de enfermedades crónicas especialmente cardiovasculares, sin embargo en pacientes que ya posee insuficiencia cardiaca congestiva este hábito empeora el cuadro clínico y el pronóstico (47).

Las enfermedades crónicas como las cardiovasculares, incluso con consumo en poca cantidad el tabaco produce trastornos a la homeostasis del organismo que varía desde procesos inflamatorios hasta procesos más graves como el cáncer o la falla cardiovascular (48).

Según Bover (49) no existen pruebas concluyentes, se ha estimado que el abandono del hábito de fumar puede mejorar los síntomas y signos clínicos de la insuficiencia cardiaca, además de aumentar la supervivencia a medida que mejora la calidad de vida. En cualquier caso dejar de fumar siempre será beneficioso a cualquier medida más aun en pacientes que ya se hallan afectados por patología cardiaca.

De Oliveira y colaboradores (50) en un estudio con pacientes con Insuficiencia Cardiaca Congestiva, que el 2,5% del total presentaba tabaquismo actualmente, el 42,5% tenía antecedentes de haber fumado y en el 55% de los casos los pacientes no fumaban, en la mayoría de los casos pues cambiaron sus estilos de vida tras el diagnóstico de la enfermedad.

Espinoza (51) en un estudio en Chile menciona que la exposición al tabaco ya sea previa al diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva o incluso el continuar con este hábito tras este diagnóstico es un factor de riesgo importante para complicaciones y disminuye la esperanza de vida, lo que hace que este hábito deba ser descartado en los pacientes cardiacos.



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar los estilos de vida de las personas con Insuficiencia Cardíaca Congestiva que acuden a Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca enero-junio 2016.

3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar la población de pacientes con ICC según edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, entorno social y tiempo de diagnóstico de la enfermedad.
2. Determinar los estilos de vida: hábitos alimenticios, actividad física, adhesión al tratamiento y consumo de tabaco en personas con insuficiencia cardíaca congestiva.
3. Analizar los estilos de vida en los pacientes con ICC según edad y tiempo de evolución de la enfermedad.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio: Se trató de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, de corte transversal, este tipo de estudio permite evidenciar en un periodo de tiempo el comportamiento de los hábitos de vida en una población dada, en este caso en los pacientes con ICC de la Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.2 Área de Estudio: Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca, en el Área de Consulta Externa.

4.3 Universo: el estudio se llevó a cabo con la totalidad de la población con diagnóstico de ICC estable; considerándose grupo estable los pacientes que acuden a consulta médica de cardiología durante el tiempo de estudio y sin complicaciones que ameriten un ingreso hospitalario inmediato, el periodo de estudio comprendió evaluaciones durante un periodo de 3 meses, 3 días a la semana, tras estos criterios se estableció un total de 34 paciente.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión:

Se incluyeron pacientes que:

- Fueron atendidos por especialistas de la institución.
- Pacientes que desearon participar en el estudio y lo manifestaron con la firma del consentimiento informado.

Se excluyeron pacientes que:

- A pesar de haber inicialmente aceptado participar decidieron retirarse en cualquier momento de la investigación.

4.5 Variables

Las variables a considerar son:

1. Edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, entorno social y tiempo de diagnóstico de la enfermedad.



2. Hábitos alimenticios.
3. Actividad física.
4. Adhesión al tratamiento.
5. Consumo de tabaco

4.5.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Periodo de tiempo del adulto mayor que ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual.	Temporal	Años cumplidos en la historia clínica.	Menor a 30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años Más de 61 años
Sexo	Características biológicas.	Biológica	Fenotipo	Masculino Femenino
Estado civil.	Relación legal con la pareja	Legal	Encuesta	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión de hecho
Nivel de instrucción	Grado académico alcanzado	Educativa	Encuesta	Básica completa Básica incompleta Bachillerato completo Bachillerato incompleto Superior completa Superior incompleta
Ocupación	Tipo de trabajo que demanda la mayoría de su tiempo	Laboral	Encuesta	Ninguna Empleado privado Empleado público QQDD Agricultura Otra ocupación
Residencia	Lugar geográfico en el cual ha vivido al	Geográfica	Encuesta	Urbano Rural



	menos el último año.			
Tiempo de evolución de la enfermedad.	Tiempo entre el diagnóstico de ICC y el día de la entrevista (tiempo de evolución)	Temporal	Encuestas	Menos de 1 año Entre 1-3 años Más de 3 años
Valoración de hábitos alimenticios	Forma de consumo de los alimentos.	Nutricional	Proteínas Carbohidratos Carnes, huevos Frutas Vegetales Grasas y aceites Azúcares Agua	No consume Frecuencia de consumo semanal. Frecuencia de consumo diario.
Actividad física	Cualquier movimiento corporal producido por los sistemas músculo - esquelético que exija gasto de energía.		Valoración de la actividad física en sus componentes: 1. Horas diarias acostado 2. Horas diarias en actividades sentado 3. Horas diarias al aire libre 4. Numero de cuerdas caminadas diariamente	Menor a 8 8-12 Más de 12 Menos de 6 6-10 Más de 10 Más de 1 hora Entre 30 minutos y una hora Menos de 30 minutos. Más de 15 5-15 Menos de 5

[illegible]

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos

Método: El método fue descriptivo transversal.

Técnicas: La técnica que se usó fue la encuesta en la cual se aplicó el formulario de recolección de la información, la recolección se dio en medio de una entrevista estructurada, no se requirió agendamiento previo con la investigadora pues la misma se encontraba en el lugar de consulta médica durante el tiempo dedicado al estudio.

Instrumentos: Para la recolección de los datos se utilizó un formulario elaborado por la autora del estudio en base a otros formularios validados por Del Villar (52) para nutrición; Godard y colaboradores (46) para actividad física, Sánchez y colaboradores (43) para adherencia al tratamiento y de la Organización Mundial de la Salud (53) para consumo de tabaco (Anexo 1).



4.7 Procedimientos

- **Autorización:** para la realización de este trabajo de investigación se contó con la autorización de la Universidad de Cuenca, Carrera de Enfermería; del Hospital Vicente Corral Moscoso y de los pacientes en este caso se solicitó su participación mediante el consentimiento informado.
- **Capacitación:** el estudio no requirió de capacitaciones especiales, la revisión bibliográfica previa fortaleció las destrezas de la autora adquiridas en la carrera de enfermería, haciéndola capaz de llevar adelante la investigación.
- **Supervisión:** en todo el proceso de investigación se contó con la supervisión de la Directora y Asesora del trabajo, además del médico especialista en Cardiología Dr. Patricio Serrano, este proceso duró todo el proceso de investigación.

4.8 Plan de tabulación y análisis

- a. La recolección de la información mediante el formulario de recolección de datos ya mencionado.
- b. Codificación de la información mediante el uso del paquete estadístico SPSS versión 15 (de libre acceso) para Windows, creando una base de datos en dicho programa para su posterior tabulación.
- c. Mediante esta base de datos se procedió al análisis de los resultados.

Para el análisis se usó la estadística descriptiva mediante el uso de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de distribución; también se realizaron tablas de contingencia para conocer la distribución de los hábitos según las variables demográficas.

4.9 Aspectos éticos

La información recogida fue procesada con absoluta reserva, los pacientes que tuvieron la decisión de participar en el estudio mediante el consentimiento informado, los datos no incluyeron nombre de los pacientes o número de historia clínica para evitar su posterior identificación a la colectividad.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio

El estudio se cumplió sin contratiempos y ajustado a la planificación, los resultados se presentan a continuación:

5.2 Presentación de resultados

5.2.1 Caracterización demográfica de la población.

Tabla 1. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCM, según características demográficas, 2016.

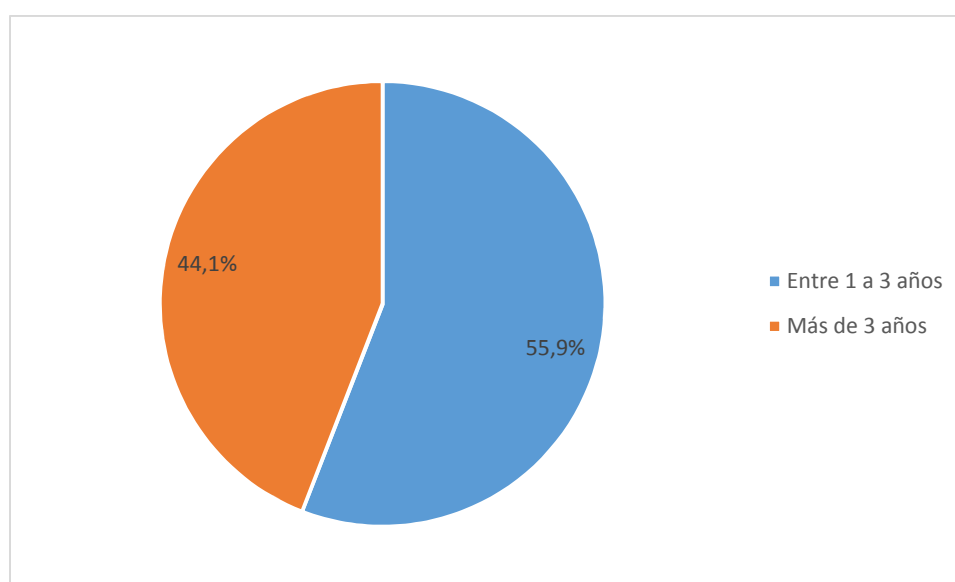
Característica		n=34	%=100
Edad en años cumplidos	31 - 40 años	1	2,9
	41 - 50 años	7	20,6
	51 - 60 años	10	29,4
	Más de 60 años	16	47,1
Sexo	Masculino	15	44,1
	Femenino	19	55,9
Estado civil	Casado	15	44,1
	Divorciado	8	23,5
	Soltero	2	5,9
	Unión De Hecho	4	11,8
	Viudo	5	14,7
Nivel de instrucción	Bachillerato Completo	3	8,8
	Bachillerato Incompleto	2	5,9
	Básica Completa	8	23,5
	Básica Incompleta	11	32,4
	Superior Completa	7	20,6
	Superior Incompleta	3	8,8
Ocupación	Agricultura	4	11,8
	Empleado Privado	6	17,6
	Empleado Publico	4	11,8
	Ninguna	4	11,8
	Otra	7	20,6
	QQDD	9	26,5
Entorno Social	Rural	17	50,0
	Urbano	17	50,0

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

La media de edad de la población se ubicó en 61,68 años (DE= 13,59 años) siendo el grupo más preponderante el de los pacientes de más de 60 años con el 47,1% de la población; en el 44,1% de los casos los pacientes fueron casados y con un nivel de instrucción básica incompleta, los QQDD fueron la ocupación más frecuente con el 26,5% y el entorno social la mitad fue rural y la otra mitad urbano, el 55,9% de los pacientes fueron de sexo femenino.

5.2.2 Tiempo de evolución de la enfermedad

Gráfico 1. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCN, según tiempo de evolución de la enfermedad, 2016.



Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

La media de edad de tiempo de evolución de la ICC fue de 3,77 años con una desviación estándar de 1,78 años; en el 55,9% de los casos los pacientes tenían entre 1 a 3 años y en el 44,1% más de 3 años.



5.2.3 Valoración de hábitos alimenticios

Tabla 2. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC según valoración de hábitos alimenticios, Cuenca 2016.

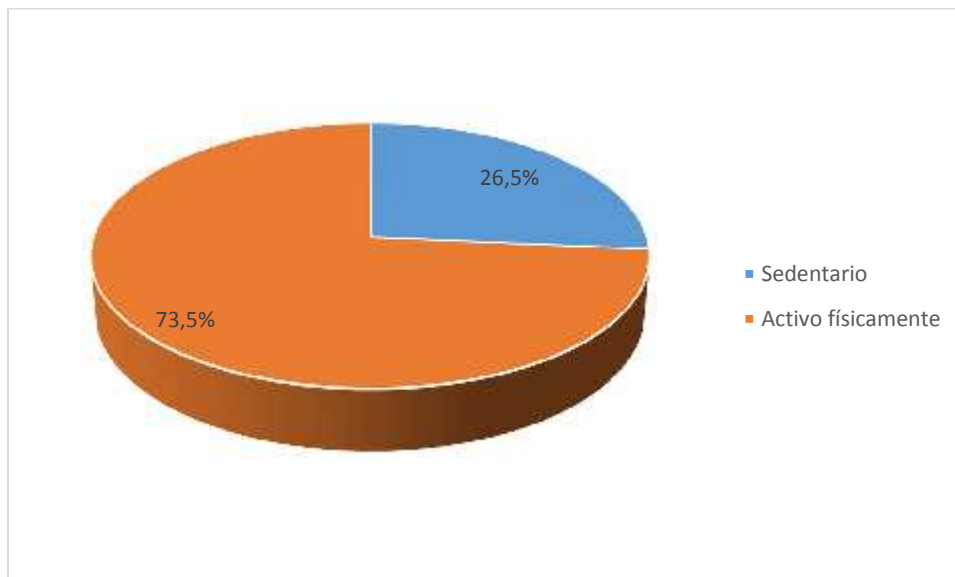
Consumo		Frecuencia	Porcentaje
Carbohidratos	No consume	11	32,4
	Consumo semanal	16	47,1
	Consumo diario	7	20,6
Proteínas	No consume	10	29,4
	Consumo semanal	12	35,3
	Consumo diario	12	35,3
Frutas	No consume	15	44,1
	Consumo semanal	8	23,5
	Consumo diario	11	32,4
Vegetales	No consume	11	32,4
	Consumo semanal	10	29,4
	Consumo diario	13	38,2
Grasas	No consume	11	32,4
	Consumo semanal	11	32,4
	Consumo diario	12	35,3
Azúcares	No consume	11	32,4
	Consumo semanal	12	35,3
	Consumo diario	11	32,4
Agua	No consume	18	52,9
	Consumo semanal	3	8,8
	Consumo diario	13	38,2

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

La valoración de los estilos nutricionales revelan asimetrías; el consumo de carbohidratos es incluso menor pues el 20,6% lo hace diariamente; las grasas fueron el alimento mayormente consumido por los pacientes con el 35,3% de frecuencia diaria; lo llamativo es que el 52,9% de los pacientes no consume agua de manera regular.

5.2.4 Valoración de actividad física

Gráfico 2. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCM, según actividad física, 2016.



Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

Tras la valoración de los componentes del cuestionario de actividad física se encontró una frecuencia de sedentarismo de 26,5%; en el 73,5% de los casos los pacientes realizaban adecuada actividad física.



5.2.5 Componentes de actividad física

Tabla 3. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCM, según componentes de evaluación de actividad física, 2016.

Componente	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Horas duerme noche	4	10	6,12	1,684
Horas en siesta en día	,5	3,0	1,250	,6542
Horas sentado en trabajo	1	10	3,88	1,996
Horas sentado en tareas asignadas	1	6	1,79	,978
Horas sentado en comidas	,5	2,0	,882	,3030
Horas sentado en auto	1	3	1,26	,567
Horas sentado en televisión	1	15	2,09	2,539
Cuadras que camina al día	1	25	7,97	6,460
Horas diarias aire libre	,5	12,0	2,574	2,7307
Horas semanales en deporte	0	8	,68	1,701

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

Todos los componentes de la evaluación de la actividad física mostraron distribuciones dentro de lo esperado, no existieron puntajes medios elevados, sin embargo como se evidenció en la tabla 4 en una valoración global se encontraron pacientes con sedentarismo.



5.2.6 Adhesión al tratamiento

Tabla 4. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCM, según motivos para la no adherencia al tratamiento, 2016.

Causas para no tomar los medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
DESCONOCIMIENTO	1	2,9
EFFECTOS ADVERSOS	9	26,5
OLVIDO	9	26,5
SI TOMA	15	44,1
Total	34	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

La principal causa para la no adhesión al tratamiento médico en esta población fue la presentación de efectos adversos y el olvido con el 26,5% cada una de estas causas.

5.2.7 Motivos para inactividad física

Tabla 5. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCM, según motivos para inactividad física, 2016.

Motivos para inactividad física	Frecuencia	Porcentaje
DESCONOCIMIENTO DE BENEFICIOS	15	44,1
DESMOTIVACIÓN	4	11,8
FALTA DE TIEMPO	5	14,7
NINGUNO	2	5,9
OLVIDO	1	2,9
OTRAS CAUSAS	7	20,6
Total	34	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

El 44,1% de los pacientes refirió que no realiza actividades físicas como quisiera por la razón que desconoce los beneficios de esta actividad, en el 14,7% fue por falta de tiempo.

5.2.8 Motivos para elección de la dieta

Tabla 6. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCM, según motivos para elección de dieta, 2016.

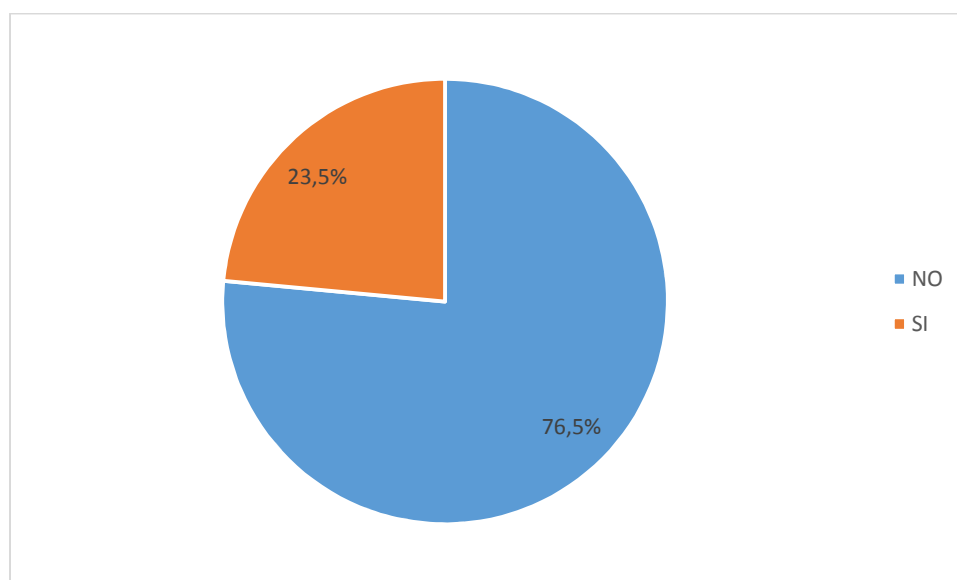
Motivos para la elección de la dieta	Frecuencia	Porcentaje
Consume lo que puede comprar	12	35,3
Desconoce la dieta adecuada	10	29,4
Es la que siempre ha tenido	12	35,3
Total	34	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

Las 2 principales razones por las cuales los pacientes elijen la dieta que consumen fueron con un 35,3% cada una: la elección basada en los factores económicos pues consumen lo que pueden comprar y porque es la dieta que siempre han tenido, en el 29,4% de los casos los pacientes elegían su dieta pues desconocían una dieta mejor o adecuada.

5.2.9 Consumo de tabaco.

Gráfico 3. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCM, según consumo de tabaco, 2016.

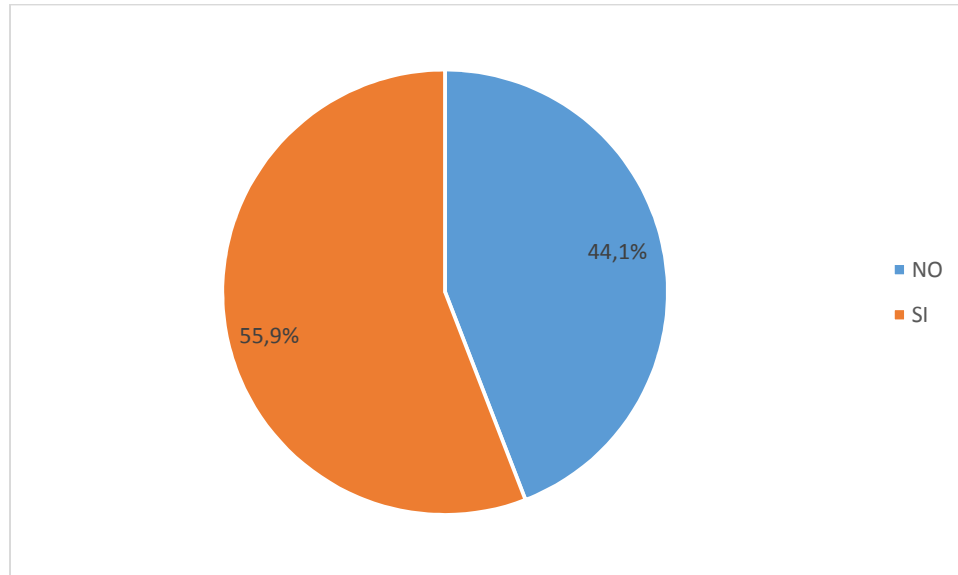


Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

La frecuencia de tabaquismo en la población con ICC fue de 23,5%.

5.2.10 Dieta hipo sódica

Tabla 7. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCM, según consumo de dieta hipo sódica, 2016.



Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

En la mayoría de los casos, es decir en el 55,9% de los pacientes si se consumía una dieta hipo sódica.



5.2.11 Hábitos alimenticios según edad

Tabla 8. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCN, según edad y hábitos alimenticios, 2016.

Tipo de alimento	Edad								p
	31-40 años		41-50 años		51-60 años		Más de 60 años		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Consumo de carbohidratos									
No consume	0	0	3	27,3	3	27,3	5	45,5	0,906
Semanal	1	6,3	3	18,8	4	25	8	50	
Diario	0	0	1	14,3	3	42,9	3	42,9	
Consumo de proteínas									
No consume	0	0	4	40	2	20	4	40	0,257
Semanal	1	8,3	3	25	3	25	5	41,7	
Diario	0	0	0	0	5	41,7	7	58,3	
Consumo de frutas									
No consume	1	6,7	4	26,7	4	26,7	6	40	0,822
Semanal	0	0	2	25	2	25	4	50	
Diario	0	0	1	9,1	4	36,4	6	54,5	
Consumo de vegetales									
No consume	0	0	4	36,4	2	18,2	5	45,5	0,44
Semanal	1	10	2	20	3	30	4	40	
Diario	0	0	1	7,7	5	38,5	7	53,8	
Consumo de grasas									
No consume	0	0	2	18,2	3	27,3	6	54,5	0,66
Semanal	1	9,1	2	18,2	3	27,3	5	45,5	
Diario	0	0	3	25	4	33,3	5	41,7	
Consumo de azúcares									
No consume	1	9,1	2	18,2	4	36,4	4	36,4	0,813
Semanal	0	0	3	25	3	25	6	50	
Diario	0	0	2	18,2	3	27,3	6	54,5	
Consumo de agua									
No consume	1	5,6	5	27,8	5	27,8	7	38,9	0,607
Semanal	0	0	1	33,3	0	0	2	66,7	
Diario	0	0	1	7,7	5	38,5	7	53,8	

Fuente: Formulario de recolección de la información.

Elaborado por: Torres, G.

En ninguno de los casos el tipo y frecuencia de alimentación se vio relacionado con la edad de los pacientes ($p>0,05$); la falta de consumo de lácteos, carbohidratos, proteínas y grasas fue mayor en la población de más de 60 años.

5.2.12 Hábitos alimenticios según sexo

Tabla 9. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCN, según sexo y hábitos alimenticios, 2016.



Tipo de alimento	Sexo				p
	Masculino		Femenino		
	n	%	n	%	
Consumo de carbohidratos					
No consume	5	45,5	6	54,5	0,202
Semanal	5	31,3	11	68,8	
Diario	5	71,4	2	28,6	
Consumo de proteínas					
No consume	4	40	6	60	0,445
Semanal	4	33,3	8	67,6	
Diario	7	58,3	5	41,7	
Consumo de frutas					
No consume	7	46,7	8	53,3	0,811
Semanal	4	50	4	50	
Diario	4	36,4	7	63,6	
Consumo de vegetales					
No consume	1	9,1	19	90,9	0,013
Semanal	7	70	3	30	
Diario	7	53,8	6	46,2	
Consumo de grasas					
No consume	4	36,4	7	63,6	0,801
Semanal	5	45,5	6	54,5	
Diario	6	50	6	50	
Consumo de azúcares					
No consume	4	36,4	7	63,6	0,282
Semanal	4	33,3	8	66,7	
Diario	7	63,6	4	36,4	
Consumo de agua					
No consume	6	33,3	12	66,7	0,374
Semanal	2	66,7	1	33,3	
Diario	7	53,8	6	46,2	

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

Los hábitos no recomendados como el consumo elevado de grasas fueron similar en ambos sexos (consumo diario de grasas); la falta de consumo de alimentos como los vegetales fue mayor en las mujeres 90,9% al igual que la falta de consumo de frutas 53,3% en las mujeres, en el caso de consumo de lácteos y vegetales las diferencias entre ambos sexos fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$).



5.2.13 Hábitos alimenticios según tiempo de evolución de la enfermedad

Tabla 10. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCN, según tiempo de evolución de la enfermedad y hábitos alimenticios, 2016.

Tipo de alimento	Tiempo de evolución de la enfermedad				p
	Entre 1 y 3 años		Más de 3 años		
	n	%	n	%	
Consumo de carbohidratos					
No consume	6	17.65	5	14.71	0,993
Semanal	9	26.47	7	20.59	
Diario	4	11.76	3	8.82	Usuarios 34
	19	55.88	15	44.12	Total 100%
Consumo de proteínas					
No consume	7	20.60	3	8.82	0,402
Semanal	5	14.70	7	20.59	
Diario	7	20.59	5	14.70	Usuarios 34
	19	55.89	15	44.11	Total 100%
Consumo de frutas					
No consume	8	23.53	7	20.60	0,91
Semanal	5	14.70	3	8.82	
Diario	6	17.65	5	14.71	Usuarios 34
	19	55.89	15	44.11	Total 100%
Consumo de vegetales					
No consume	6	17.65	5	14.70	0,952
Semanal	6	17.65	4	11.76	
Diario	7	20.59	6	17.65	Usuarios 34
	19	55.89	15	44.11	Total 100%
Consumo de grasas					
No consume	4	11.76	7	20.59	2,99
Semanal	8	23.53	3	8.82	
Diario	7	20.59	5	14.71	Usuarios 34
	19	55.88	15	44.12	Total 100%
Consumo de azúcares					
No consume	7	20.59	4	11.76	0,801
Semanal	6	17.65	6	17.65	
Diario	6	17.65	5	14.70	Usuarios 34
	19	55.89	15	44.11	Total 100%
Consumo de agua					
No consume	6	17.64	5	14.70	0,993
Semanal	9	26.47	7	20.59	
Diario	4	11.76	3	8.82	Usuarios 34
	19	58.87	15	44.11	Total 100%

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.



La falta de consumo de carbohidratos fue mayor en los pacientes con un tiempo de diagnóstico menor (entre 1 a 3 años); del 100% de pacientes que no consumían frutas el 53,3% tenía un tiempo de diagnóstico entre 1 a 3 años; este grupo de pacientes también presentaron mayor frecuencia la falta de consumo de vegetales.

En ninguno de los casos los hábitos alimenticios se relacionaron con el tiempo de diagnóstico de ICC.

5.2.14 Actividad física según edad, sexo y tiempo de enfermedad

Tabla 11. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCN, según actividad física y edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, 2016.

Variable	Actividad física				p
	Sedentario		Activo		
	n	%	n	%	
Edad					
31-40 años	0	0	1	2.94	0,614
41-50 años	2	5.88	5	14.71	
51-60 años	4	11.76	6	17.65	
Más de 60 años	3	8.82	13	38.23	
TOTAL	9	26.47	25	73.53	Usuarios 34 Total 100%
Sexo					
Masculino	2	5.89	13	38.23	0,123
Femenino	7	20.58	12	35.30	
TOTAL	9	26.47	25	73.53	Usuarios 34 Total 100%
Tiempo de evolución de la enfermedad					
Entre 1 a 3 años	4	11.76	15	44.12	0,42
Más de 3 años	5	14.71	10	29.41	
TOTAL	9	26.47	25	73.53	Usuarios 34 Total 100%

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

El sedentarismo fue más frecuente en los pacientes de entre 51-60 años con el 40%, en el sexo femenino 36,8% y en los pacientes con diagnóstico de más de 3 años con el 33,3%; en ninguno de los casos se encontró asociación estadísticamente significativa entre los factores estudiados y la realización de actividad física



5.2.15 Adherencia al tratamiento según edad, sexo y tiempo de enfermedad

Tabla 12. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCM, según adherencia al tratamiento y edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, 2016.

Variable	Adherencia al tratamiento								p
	Desconocimien to		Efectos adversos		Olvido		Si tiene adherencia		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad									
31-40 años	0	0	0	0	0	0	1	2.94	0,48
41-50 años	0	0	2	5.88	1	2.94	4	11.77	
51-60 años	1	2.94	2	5.88	5	14.71	2	5.88	
Más de 60 años	0	0	5	14.71	3	8.82	8	23.53	
Total	1		9		9		15		Usuarios34
		2.94		26.47		26.47		44.12	Total casos = 100%
Sexo									
Masculino	0	0	4	11.76	5	14.71	6	17.65	0,712
Femenino	1	2.94	5	14.71	4	11.76	9	26.47	
Total	1		9		9		15		Usuarios34
		2.94		26.47		26.47		44.12	Total casos = 100%
Tiempo de evolución de la enfermedad									
Entre 1 a 3 años	1	2.94	3	8.82	5	14.71	10	29.41	0,34
Más de 3 años	0	0	6	17.65	4	11.76	5	14.71	
Total	1		9		9		15		Usuarios34
		2.94		26.47		26.47		44.12	Total casos = 100%

Fuente: Formulario de recolección de la información.

Elaborado por: Torres, G.

Los efectos adversos y el olvido fueron los motivos principales para que los pacientes no posean una adecuada adherencia al tratamiento, los pacientes de mayor edad es decir de más de 60 años y los varones tuvieron mayor falta de adherencia al tratamiento; en ninguno de los casos las variables consideradas influyeron o se asociaron con la adherencia al tratamiento.



5.2.16 Tabaquismo edad, sexo y tiempo de enfermedad

Tabla 13. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCN, según consumo de tabaco y edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, 2016.

Variable	Consumo de Tabaco				p
	No		Si		
	n	%	n	%	
Edad					
31-40 años	0	0	1	2.94	0,26
41-50 años	6	17.65	1	2.94	
51-60 años	7	20.59	3	8.82	
Más de 60 años	13	38.24	3	8.82	
Total	26	76.48	8	23.52	Total casos = 34 corresponde al 100%
Sexo					
Masculino	9	26.47	6	17.65	0,044
Femenino	17	50	2	5.88	
Total	26	76.47	8	23.53	Total casos = 34 corresponde al 100%
Tiempo de evolución de la enfermedad					
Entre 1 a 3 años	15	44.12	4	11.76	0,702
Más de 3 años	11	32.35	4	11.76	
Total	26	76.47	8	23.53	Total casos = 34 corresponde al 100%

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

El consumo de tabaco fue más frecuente en los pacientes de 31-40 años con el 100%; de sexo masculino con el 40% y con un periodo de evolución de la enfermedad de más de 3 años con el 26,7%; en el caso del sexo se estableció que esta variable se asocia con el tabaquismo con un valor de $p=0,04$.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

En la presente investigación se resalta que, en términos de prevención en salud los hábitos de vida son recomendados ampliamente, sin embargo a pesar de las recomendaciones las enfermedades siguen presentándose; esta situación resulta ser más grave cuando la persona ya se encuentra enferma, en este caso con ICC, y a pesar de ello mantiene o adopta estilos de vida no saludables, es en este punto donde se debe considerar el cuidado de la salud vital; desde la perspectiva de la enfermería el evaluar estos estilos de vida proporciona una guía para poder establecer un vínculo con el paciente con el objetivo de educarlo y retomar actividades saludables en términos de nutrición, actividad física, entre otros.

Este estudio parte de una población con ICC, pacientes que ya se encuentran en tratamiento y que se hallan en un proceso de recuperación; es entendible que esta población ya posea información sobre su patología y hábitos alimenticios (la educación de este tipo de pacientes siempre es precoz), a pesar de esta premisa se encontró que no en todos los casos los pacientes poseen buenos hábitos, incluso como se verá más adelante existe tabaquismo.

En los pacientes con ICC la nutrición es un puntal en el tratamiento y como indicador de la evolución, los factores nutricionales no solamente son relevantes en este periodo de la enfermedad sino incluso en un periodo pre patológico (casos de obesidad influyen en la falla cardiaca), a pesar de la importancia de estos factores en la población con ICC son variables, el consumo excesivo de grasas (diariamente) alcanzó el 35,3% es decir 1 de cada 3 pacientes con ICC posee un patrón de consumo de grasas inadecuado; otro indicador de inadecuados patrones de ingesta fue que el 32,4% de los pacientes consumían azúcares diariamente, en contraposición a esta situación el consumo diario de vegetales y de frutas fue de 38,2% y 32,4% respectivamente evidenciándose que los patrones de consumo responde probablemente a percepciones personal más que a un patrón de falta de información.



En la presente investigación se evidenció que los patrones de consumo de los pacientes con ICC en al menos 1 de cada 3 personas no son adecuados lo que se contrapone con las recomendaciones que se brindan para el cuidado, Achury y colaboradores (14) mencionan que esta falta de coincidencia entre lo recomendado y lo realizado en pacientes con enfermedades crónicas se debe a la propia decisión de los pacientes y en cierta medida a patrones aprendidos de alimentación que son difíciles de modificar, a pesar de poseer un conocimiento de las consecuencias.

González y Pedrero (15) resalta esta situación y menciona que si el paciente adoptara los estilos de vida y especialmente de alimentación adecuados su salud mejoraría sustancialmente.

La alimentación en los pacientes con patologías cardíacas como la ICC debe ser adecuada con un consumo equilibrado de los nutrientes, esto incluso se ha demostrado que retrasan la enfermedad y su evolución (18) (19); en el caso de la población en estudio se evidencia que probablemente la calidad de vida de al menos 1 de cada 3 pacientes puede empeorar por no poseer patrones de consumo correctos.

Rujinsky (17) considera que la nutrición adecuada posee una estrecha relación entre una reducción de las complicaciones y la calidad de vida adecuada, además se menciona que debe basarse en una dieta equilibrada con el consumo de productos saludables como verduras y vegetales, sin olvidar que la dieta adecuada no solamente beneficia al paciente en la ICC sino también en la patología precedente (HTA, entre otras); tomando las palabras de este autor en el estudio se evidenció que la falta de consumo de frutas fue del 44,1% y de vegetales 32,4% lo que indica que un porcentaje elevado de los pacientes no poseen este hábito adecuado.

Bonilla y colaboradores (18) estimaron que únicamente el 27,4% de los pacientes con patología cardíaca poseía un nivel de peso normal; lo que refleja la importancia de una adecuada alimentación, Hernández y Patiño (19) establece que las mayores dificultades nutricionales son las que se relacionan con los electrolitos, las grasas y la fibra; en este estudio al menos 1 de cada 3 pacientes



poseen deficiencias en las ingestas diarias de los alimentos saludables, y el mismo porcentaje posee ingestas elevadas de alimentos no saludables como las grasas en exceso.

Bover y colaboradores (36) establecen que la ingesta de agua es vital para el adecuado funcionamiento del organismo y más aún si el paciente posee patologías con alto o bajo gasto cardíaco, en este sentido mencionan que más allá de un cálculo de la cantidad adecuada de ingesta de agua lo más relevante es la frecuencia de consumo, en este estudio el 38,2% consume agua diariamente (en cantidades adecuadas), el 8,8% semanalmente y el 52,9% no consume agua en cantidades consideradas normales, lo que coloca nuevamente en duda el adecuado manejo nutricional de los pacientes.

En lo que respecta a la actividad física en esta población el 26,5% de los pacientes fueron sedentarios el 73,5% si realizaba actividades físicas, este porcentaje es preocupante pues estas actividades son muy importantes cuando se analiza la reducción de la mortalidad de los pacientes, Fletcher y colaboradores (37) mencionan que la actividad física mejora significativamente la función cardíaca, calidad de vida y una importante reducción de los síntomas relacionados con la ICC; es evidente que en esta población la mayoría de pacientes realizan actividades físicas sin embargo lo ideal sería poseer un 100% de actividad física, cosa que no se ha llevado a cabo aún.

La actividad física en pacientes con ICC se prescribe en el 70% a un 80% de la frecuencia cardíaca lograda en el test de actividades físicas; en este estudio no fue posible establecer una necesidad de ejercicio basal, es decir una prueba de esfuerzo sin embargo la valoración de las actividades respondió a un test validado, recalcando que no en todos los casos se logra un nivel correcto de actividad.

De la Serna (38) menciona que en los últimos años es totalmente aceptado el actividad física como una de las formas de tratamiento en pacientes con ICC, en este sentido es importante resaltar que la recomendación de reposar para los pacientes con ICC ha sido siendo reemplazada poco a poco, en tal medida que ahora forma parte de las recomendaciones en salud.



Otro factor que se estudió en esta población fue la adherencia al tratamiento, únicamente el 44,1% de la población refirió que se ha adherido al tratamiento de manera adecuada; el restante 55,9% resultó no adherente al tratamiento, resaltando que existen 2 causas principales para el desarrollo de ésta situación: con el 26,5% cada causa fueron los efectos adversos de la medicación y el olvido de la misma.

Conthe y Tejerina (42) mencionan que aproximadamente el 50% de los pacientes en tratamiento para la ICC poseen dificultades de adhesión al tratamiento, este porcentaje es menor al encontrado en nuestra población lo que condicionaría una evolución adecuada del tratamiento, aumentando el riesgo de complicaciones.

Rojas y colaboradores (43) en un artículo publicado en España en el año 2014, encontraron que el 80.12% (n=129; IC 95% 73.11 - 85.98%) de los pacientes se encuentra frecuentemente adheridos al tratamiento farmacológico y no farmacológico, al contrario de los hallazgos en nuestra población donde la adhesión fue mucho menor.

El 23,5% de la población en estudio fumaba, algo que resulta inadecuado desde toda perspectiva del cuidado, si se menciona que en la mayoría de los casos el tabaco es uno de los factores de riesgo para patologías que condicionarían una ICC, como es la HTA o patologías respiratorias.

De Oliveira y colaboradores (50) en un estudio con pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva, que el 2,5% del total presentaba tabaquismo actualmente, el 42,5% tenía antecedentes de haber fumado; este estudio presenta resultados muy inferiores a los hallados en nuestra población (2,5% versus 23,5%).

Todo el estudio evidenció que en la mayoría de los casos se poseen hábitos de vida saludables, pero esta realidad y obviamente los beneficios a la salud de estos hábitos, no se transmiten al 100% de los pacientes; aún existen pacientes con ICC que no se alimentan adecuadamente, que son sedentarios, que no se adhieren al tratamiento y que fuman; resulta extraño que los pacientes tengan hábitos que reduzcan su calidad de vida y aumenten el riesgo de complicaciones,



sin embargo se estima que la autonomía de cada paciente para tomar decisiones lleva a esta realidad.

La presente investigación posee un beneficio importante: la identificación de puntos críticos en los hábitos de los pacientes con ICC, de esta manera se establecerán patrones de actuación y de intervención en esta población.



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES

OBJETIVOS	CONCLUSIÓN
1. Caracterizar la población de pacientes con ICC según edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, entorno social y tiempo de diagnóstico de la enfermedad.	La población con insuficiencia cardiaca congestiva en la mayoría de los casos tenía más de 60 años siendo mayoritariamente de sexo femenino, más frecuentemente casados y con un nivel de instrucción básica incompleta y con actividades de quehaceres domésticos.
2. Determinar los estilos de vida: hábitos alimenticios, actividad física, adhesión al tratamiento y consumo de tabaco en personas con insuficiencia cardiaca congestiva.	Los hábitos alimenticios fueron variables, con un inadecuado consumo diario de grasas y carbohidratos y bajo consumo de agua, frutas y vegetales; 1 de cada 4 pacientes presentó sedentarismo, y el mismo porcentaje de la población refirió que la causa de no adherencia al tratamiento es el olvido y con el mismo porcentaje los efectos secundarios, siendo baja la frecuencia de consumo de tabaco.
3. Analizar los estilos de vida en los pacientes con ICC según edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad.	En ninguno de los casos, ningún alimento o patrón de consumo se asoció con la edad de los pacientes, aunque se percibió mayor consumo de productos saludables en la población de mayor edad; según sexo se encontró diferencias entre el consumo de lácteos ($p=0,023$) y



	<p>vegetales ($p=0,013$), no existió relación entre el consumo de alimentos según tiempo de evolución de la enfermedad.</p> <p>La actividad física no se asoció con las variables edad, sexo ni tiempo de evolución de la enfermedad.</p> <p>La adherencia al tratamiento tampoco se relacionó con las variables en estudio.</p> <p>El tabaquismo se asoció con el sexo, siendo mayor en el sexo masculino ($p=0,044$).</p>
--	---

7.2 Recomendaciones

1. Comunicar y difundir los resultados de este estudio a la población de pacientes con ICC conjuntamente con una estrategia de educación para la reducción de malos hábitos alimenticios, fortalecimiento de la actividad física, aumento de la adherencia al tratamiento y eliminación el hábito de fumar.
2. Incluir el tema de estilos de vida dentro de los procesos de educación a los pacientes diagnosticados de ICC y con patologías cardíacas que podrían terminar en ICC.
3. Planificar nuevas investigaciones sobre los estilos de vida de los pacientes con ICC, determinando las causas de la adopción de patrones de consumo e inactividad física.



CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cesáreo J, Díez D, Flores L. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardíaca: visión desde atención primaria de salud [Internet]. Gac Sanit vol.26 no.5 Barcelona set.-oct; 2012 [citado 7 de junio de 2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112012000500008&script=sci_arttext
2. Barreiro M, Velasco E, Renilla A, Torres F, Martín M, Hera J. Grado de conocimiento sobre su enfermedad cardíaca entre los pacientes hospitalizados [Internet]. Revista Española de Cardiología; 2013 [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/grado-conocimiento-sobre-su-enfermedad/articulo/90192326/>
3. Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS sigue apoyando la promoción de estilos de vida saludables [Internet]. Página Institucional; 2013 [citado 19 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tqs_es_final.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Campaña del Día Mundial de la Salud 2012. Carpeta para organizadores de actos y eventos [Internet]. Página Institucional; 2012 [citado 20 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>
5. Ruíz J, Alfageme I, Chiner E, Martínez C. Valoración de la discapacidad en los enfermos respiratorios [Internet]. Arch Bronconeumol; 2012 [citado 12 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/valoracion-discapacidad-los-enfermos-respiratorios/articulo/S030028961200004X/>
6. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones [Internet]. 2013 [citado 15 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf
7. Cabrera C. Factores de riesgo asociados y complicaciones de la hipertensión arterial en pacientes que acuden al Hospital Mariano Estrella de la Comunidad de Lazareto. Cuenca 2010-2011 [Internet]. Universidad de Cuenca; 2011 [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4088/1/ENF139.pdf>
8. Rodas L. Insuficiencia cardíaca y factores de riesgo, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – 2011 [Internet]. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Especialización en Medicina Interna; 2013 [citado 12 de



- abril de 2016]. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4840>
9. Ribera J, Martín F. Insuficiencia cardíaca y edad [Internet]. Revista Española de Cardiología; 2016 [citado 4 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/insuficiencia-cardiaca-edad/articulo/90447893/>
 10. Cano de la Cuerda R, Alguacil I, Alonso J, Molero A, Miangolarra J. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual [Internet]. Revista Española de Cardiología; 2012 [citado 18 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/programas-rehabilitacion-cardiaca-calidad-vida/articulo/90073500/>
 11. Rondanelli R, Rondanelli R. Estilos de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre [Internet]. Revista Médica Clin. Condes; 2014 [citado 6 de junio de 2016]. Disponible en: Estilos de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre
 12. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. 2013 [citado 22 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
 13. Texas Heart Institute. Factores de riesgo cardiovascular. Centro de Información Cardiovascular [Internet]. 2014 [citado 2 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm
 14. Achury D, Rodríguez S, Agudelo L. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardíaca [Internet]. 2011 [citado 25 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/144.pdf>
 15. González M, Pedrero V. Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca [Internet]. Rev Chil Cardiol vol.32 no.2 Santiago; 2013 [citado 11 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602013000200008
 16. Gary R, Dunbar S, Higgins M. Combined exercise and cognitive behavioral therapy improves outcomes in patients with heart failure. J Psychosom Res; 2010.
 17. Rujinsky m. Nutrición en la insuficiencia cardíaca. Un gran eslabón [Internet]. Insuf. card. vol.2 no.3 Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2007 [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-38622007000300007&script=sci_arttext



18. Bonilla J, Gámez M, Anguila J. . Insuficiencia cardíaca crónica, estado nutricional y supervivencia [Internet]. Revista Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2011;64:743-4. - Vol. 64 Núm.09; 2009 [citado 28 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/insuficiencia-cardiaca-cronica-estado-nutricional/articulo/90025313/>
19. Hernández M, Patiño A. Consideraciones nutricionales en el paciente con falla cardíaca crónica [Internet]. Rev. Colomb. Cardiol. vol.19 no.6 Bogotá Nov./Dec; 2012 [citado 10 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-56332012000600007&script=sci_arttext
20. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor [Internet]. 2015 [citado 23 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
21. Bennassar M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: La universidad como entorno promotor de la salud [Tesis Doctoral]. Univerisidad de les Illes Balears; 2014.
22. Guerrero L, Leòn A. Estilos de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes [Internet]. 2010 [citado 23 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32752/1/articulo4.pdf>
23. Vidal D, Chamblas I, Zabala M, Muller R, Rodríguez M, Chávez A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile [Internet]. Cienc. enferm. vol.20 no.1 Concepción; 2014 [citado 23 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006
24. Texas Hearth Institute. Insuficiencia cardíaca [Internet]. 2016 [citado 23 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/chf_span.cfm
25. Hospital Universitario Central de Asturias. Insuficiencia cardíaca crónica [Internet]. 2006 [citado 23 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/cardiologia/colgarweb/ICCr.pdf>
26. Grupo de trabajo de la ESC. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (2008) [Internet]. 2008 [citado 23 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://secardiologia.es/images/stories/documentos/guia-icc.pdf>
27. Sayago I, García F, Segovia J. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años [Internet]. Revista Española de Cardiología; 2013 [citado 23 de octubre de 2016]. Disponible en:



- <http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-insuficiencia-cardiaca-espana-los/articulo/90210675/>
28. Peña M. Insuficiencia cardiaca: actualizando su diagnóstico y tratamiento [Internet]. Asociación Colombiana de Medicina Interna; 2014 [citado 23 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.acmi.org.co/Cap%C3%ADtulos/AltoMagdalena/2015/Insuficiencia_Cardiaca_Congestiva_-_Dra_Mar%C3%ADDa_del_Pilar_Pe%C3%B1a.pdf
 29. Consejo de Insuficiencia Cardiaca. Consenso de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica [Internet]. 2010 [citado 23 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-de-Consenso-de-Diagnostico-y-Tratamiento-de-la-Insuficiencia-Cardiaca-Cronica.pdf>
 30. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de insuficiencia cardiaca crónica [Internet]. 2016 [citado 23 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2016/10/consenso-de-insuficiencia-cardiaca-cronica-2016.pdf>
 31. Farmakis D, Parissis J, Lekakis J, Filippatos G. Insuficiencia cardiaca aguda: epidemiología, factores de riesgo y prevención [Internet]. Revista Española de Cardiología; 2015 [citado 23 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/insuficiencia-cardiaca-aguda-epidemiologia-factores/articulo/90387059/>
 32. Cardiocentro. Insuficiencia cardiaca: cuidados de enfermería [Internet]. 2011 [citado 23 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatrica/files/2011/03/cuidados-de-enf-inscardiaca.pdf>
 33. Hatzlhofer B, Proenca L, Macedo A. Estado nutricional y adecuación de la ingesta de energía y nutrientes en pacientes con insuficiencia cardiaca [Internet]. Arq Bras Cardiol; 2009 [citado 30 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n5/es_a16v93n5.pdf
 34. Carchi C. Tratamiento dietético nutricional en insuficiencia cardiaca congestiva [Internet]. Escuela Superior Politécnica del Litoral. Carrera de Licenciatura en Nutrición; 2013 [citado 19 de marzo de 2016]. Disponible en: <https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/24906/1/TesinaCarchi.pdf>
 35. Ruiz R, Trillo A, Carracedo M. Estado nutricional en pacientes con insuficiencia cardiaca [Internet]. Revista Clínica Española. Córdoba; 2013 [citado 29 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/congresos/xxxiv-congreso-nacional-las-sociedad/8/sesion/insuficiencia-cardiaca-posters-/844/estado-nutricional-en-pacientes-con/8093/>



36. Bover R, Figal D, Cinca J. Dieta recomendada en la Insuficiencia Cardíaca. Información para pacientes [Internet]. 2011 [citado 28 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.insuficiencia-cardiaca.com/tratamiento-dieta-comida-alimentos-insuficiencia-cardiaca.html>
37. Fletcher B, Macyari P, Prussak K. Entrenamiento físico en pacientes con insuficiencia cardíaca [Internet]. Clínica Las Condes; 2012 [citado 13 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/noviembre/entrenamiento-16.pdf
38. De la Serna F. El ejercicio físico en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Insuficiencia cardíaca crónica. [Internet]. 2010 [citado 20 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.fac.org.ar/edicion/inscac/cap18_2011.pdf
39. Márquez J, Suárez G, Márquez J. Beneficios del ejercicio físico en la insuficiencia cardíaca [Internet]. Rev Chil Cardiol vol.32 no.1 Santiago; 2013 [citado 1 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-85602013000100009&script=sci_arttext
40. Almada L, Cuba A, Llanes K. Rehabilitación cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica de etiología isquémica [Internet]. 2012 [citado 1 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol31_4_12/ibi04412.htm
41. Echevarría B, Castro A, Lamelo F. Información para pacientes sobre la Insuficiencia cardíaca [Internet]. Fisterra. Atención Primaria en la Red; 2010 [citado 10 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/salud/1infoConse/icc.asp>
42. Conthe P, Tejerina F. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardíaca [Internet]. Revista Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol Supl; 2007 [citado 12 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/content/articulo/13110832/>
43. Rojas L, Echeverría L, Camargo F. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca [Internet]. Enferm. glob. vol.13 no.36; 2014 [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000400001&script=sci_arttext
44. García M. Auto cuidados y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca [Internet]. 7th. Virtual Congress of Cardiology; 2011 [citado 1 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/7cvc/llave/c181/garciagarriroll.pdf>
45. Achury D, Sepúlveda G, Rodríguez S. Validez y confiabilidad de un instrumento evaluativo de adherencia en pacientes con falla cardíaca [Internet]. Enferm. glob. vol.11 no.26 Murcia abr; 2012 [citado 10 de agosto de 2016].



- de 2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200001&script=sci_arttext
46. Godard C, Rodríguez M, Díaz N, Lera L, Salazar G, Burrows R. Valor de un test clínico para evaluar actividad física en niños [Internet]. 2008 [citado 17 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000900010
47. Texas Heart Institute. El tabaquismo y el corazón [Internet]. 2014 [citado 1 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/smoking_sp.cfm
48. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud: Tabaquismo [Internet]. 2016 [citado 4 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
49. Bover R. Abandono del Tabaco y del Alcohol [Internet]. Sociedad Europea de Cardiología; 2011 [citado 21 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.insuficiencia-cardiaca.com/tratamiento-toxicos-tabaco-alcohol-insuficiencia-cardiaca.html>
50. De Oliveira M, Ferreira I, Diniz. Uso de alcohol y tabaco en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica [Internet]. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires; 2013 [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.aacademica.org/000-054/284>
51. Espinoza C. Tabaquismo e Insuficiencia Cardiaca [Internet]. Artículos Científicos Seleccionados. Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular; 2012 [citado 12 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.sochicar.cl/index.php/articulos-cientificos-topmenu-243/14-artlos-cientcos-seleccionados/3093-tabaquismo-e-insuficiencia-cardiaca.html>
52. Del Villar M. Estilos de vida en pacientes con antecedentes de infarto de miocardio, que asistieron al consultorio cardiológico en el Hospital Municipal de la ciudad de general Arenales. Argentina [Internet]. Universidad Abierta Interamericana; 2011 [citado 7 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC106485.pdf>
53. Organización Mundial de la Salud. Preguntas sobre tabaco destinadas a encuestas. Serie de preguntas básicas de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (conocida internacionalmente como Global Adult Tobacco Survey - GATS) [Internet]. 2011 [citado 28 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tqs_es_final.pdf



CAPITULO IX

9. ANEXOS

9.1 Formulario de recolección de datos



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

--FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS--

Numero de formulario		HC	
1. Edad del paciente			
2. Estado civil	2.1 Soltero		
	2.2 Casado		
	2.3 Viudo		
	2.4 Divorciado		
	2.5 Unión de hecho		
3. Nivel de instrucción	3.1 Básica completa		
	3.2 Básica incompleta		
	3.3 Bachillerato completo		
	3.4 Bachillerato incompleto		
	3.5 Superior completa		
	3.6 Superior incompleta		
4. Ocupación	4.1 Ninguna		
	4.2 Empleado privado		
	4.3 Empleado público		
	4.4 QQDD		
	4.5 Agricultura		
	4.6 Otra		
5. Entorno social	5.1 Urbano		
	5.2 Rural		
Tiempo de evolución de la enfermedad			
6. Hábitos alimenticios			
Alimento	No consume	Semanal*	Diario*
Carbohidratos			



Carnes, huevos			
Frutas			
Vegetales			
Grasas y aceites			
Azúcares			
Agua			

* Se coloca el número de veces que consume el producto

7. Actividad física

7.1 Horas que duerme en la noche

7.2 Horas en siesta en el día

7.3 Horas sentado en el día

En el trabajo

Tareas asignadas

Comidas

Auto/Transporte

Televisión

7.4 Cuadras que camina al día

7.5 Horas diarias al aire libre

7.6 Horas semanales en deportes o ejercicios programados

8. Adhesión al tratamiento

8.1 Causa para no tomar los medicamentos

Desconocimiento

Olvido

Desmotivación

Efectos adversos

Otras causas

Si toma

8.2 Motivos para la inactividad física

Desconocimiento de beneficios

Olvido

Desmotivación

Falta de tiempo

Otras causas

8.3 Motivos por los cuales Ud posee la dieta que consume

Desconoce la dieta adecuada

Consumo lo que puede comprar.

Es la que siempre ha tenido.

9. Consume tabaco

SI

Frecuencia

No

Por día



9.2 Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Introducción: Los estilos de vida saludables contribuyen a mantener la salud y en pacientes afectados con enfermedades cardíacas como la Insuficiencia Cardíaca Congestiva más aun, estos estilos de vida forman parte del tratamiento de su enfermedad y deben ser fortalecidos, sin embargo en algunas ocasiones pueden existir estilos de vida no saludables que en los pacientes puede repercutir de manera inadecuada perjudicando su salud y empeorando su enfermedad, basándonos en esta realidad y ante la preocupación creciente por parte de los servidores de salud en estudiar los estilos de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca se plantea este estudio de investigación cuyo objetivo y discreción se puede encontrar en los siguientes párrafos.

Objetivo: Determinar los estilos de vida de las personas con Insuficiencia Cardíaca Congestiva que acuden a Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca enero-junio 2016.

El estudio contará con la participación de todos los pacientes que presentan insuficiencia cardíaca congestiva que sean tratados y evaluados en la Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Procedimientos: La presente investigación cuenta con la autorización de las autoridades de la Universidad de Cuenca y del Hospital Vicente Corral Moscoso, también se requiere que Ud. lea muy detenidamente este documento pues la participación en el estudio es libre y voluntaria, su participación consistirá en brindar información dentro de una entrevista con la investigadora los datos que se le consultará incluyen: su edad, género, estado civil, instrucción, ocupación, entorno social, tiempo de evolución de la enfermedad, hábitos alimenticios, actividad física, adherencia al tratamiento y consumo de tabaco.

Riesgos: La investigación no representa ningún riesgo conocido para su salud.

Beneficios: Los beneficios derivados de la investigación serán conocer los estilos de vida de su persona y del resto de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, con base en los resultados que se encuentren se puede determinar pacientes en situación de riesgo de complicaciones por estilos de vida inadecuados, de esta manera se contribuiría a mejorar su salud.



Alternativas: Este estudio no implica métodos invasivos de su persona por lo que las alternativas que Ud. Posee son decidir incluirse en el estudio o no participar del mismo.

Costos y compensación: Ud. No recibirá pago alguno por los datos que me proporcione al ser un estudio llevado a cabo como parte de requisitos previos para la obtención del título de Enfermera para la autora y al contener una visión social no se otorgará beneficio económico.

Participación voluntaria y retiro del estudio: La participación en el estudio es voluntaria y debe ser tomada tras la lectura de este documento y haber evaluado su participación o no; para que Ud. Ingrese en el estudio deberá firmar este documento, si Ud. Inicialmente decide participar y durante el estudio es su voluntad abandonarlo está en su libre derecho y deberá comunicar su decisión a la investigadora, bajo ningún concepto el no participar en el estudio ni el retiro posterior del mismo perjudicará su atención.

Confidencialidad: los datos que Ud. proporcione a la investigadora serán resguardados con total confidencialidad, bajo ningún concepto serán divulgados y se usarán única y exclusivamente para tareas de investigación, el proceso de manejo de la información podrá ser verificado y auditado en cualquier momento por las autoridades de la Universidad de Cuenca.

En caso de que Ud. Posea dudas, comentarios o sugerencias al estudio podrá contactar con la Investigadora: Gladys Rocío Torres Inga al teléfono 0984092346.

Tras haber leído el documento, solicito considerar su participación y me colabore con su información como sigue a continuación:

Nombre del paciente: _____ libremente, sin ninguna presión y tras haber leído este documento y haber solicitado a la investigadora información de mi interés sobre el estudio, autorizo la inclusión de mi persona en este estudio, conocedor de que mis datos serán manejados con total confidencialidad.

Firma o huella de la paciente

Firma de la investigadora

CI:

CI:

Fecha: _____ -

9.3 Tablas complementarias



Tabla 14. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCM, según tiempo de evolución de la enfermedad, 2016.

Tiempo en años	Frecuencia	Porcentaje
Entre 1 a 3 años	19	55,9
Más de 3 años	15	44,1
Total	34	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

La media de edad de tiempo de evolución de la ICC fue de 3,77 años con una desviación estándar de 1,78 años; en el 55,9% de los casos los pacientes tenían entre 1 a 3 años y en el 44,1% más de 3 años.

Tabla 15. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCM, según actividad física, 2016.

Actividad física	Frecuencia	Porcentaje
Sedentario	9	26,5
Activo físicamente	25	73,5
Total	34	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

Tras la valoración de los componentes del cuestionario de actividad física se encontró una frecuencia de sedentarismo de 26,5%; en el 73,5% de los casos los pacientes realizaban adecuada actividad física.

Tabla 16. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCM, según consumo de tabaco, 2016.

Consumo de tabaco	Frecuencia	Porcentaje
NO	26	76,5
SI	8	23,5
Total	34	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

La frecuencia de tabaquismo en la población con ICC fue de 23,5%.

Tabla 17. Distribución de 34 pacientes con diagnóstico de ICC de la Consulta Externa del HVCM, según consumo de dieta hipo sódica, 2016.



Dieta hipo sódica	Frecuencia	Porcentaje
NO	15	44,1
SI	19	55,9
Total	34	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Elaborado por: Torres, G.

En la mayoría de los casos, es decir en el 55,9% de los pacientes si se consumía una dieta hipo sódica.